

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1963

THÈSE

1089

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

GASNIER Pierre

Né le 17 septembre 1933 à Neuilly sur Seine

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le : 1963

A PROPOS DE 59 CAS DE RESECTION

ANTERIEURE DU RECTUM

Président : Mr. F. POILLEUX, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1963

THÈSE

n°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

GASNIER Pierre

Né le 17 septembre 1933 à Neuilly sur Seine

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

A PROPOS DE 59 CAS DE RESECTION

ANTERIEURE DU RECTUM

Président : Mr. F. POILLEUX, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR } Gaston CORDIER
2^e ASSESSEUR } Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.)
	{ SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.)
	{ BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.)
	{ DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
	{ POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cochin	LEGER (L.)
Cochin	ABOULKER (P.)
Cliniques chirurgicales	PATEL (J.)
Hôtel-Dieu	CORDIER (G.)
Pitié	GOSSET (J.)
Saint-Antoine	SICARD (A.)
Salpêtrière	OLIVIER (Cl.)
Tenon	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	DECOURT (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	LAMY (M.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	HUGUIER (J.)
Clinique gynécologique (Broca)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	CASTAIGNE (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	MILLIEZ (P.)
Boucicaut	LENÈGRE (J.)
Broussais	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cochin	BROUET (G.)
Cochin	BARIÉTY (M.)
Hôtel-Dieu	SÈZE (S. de)
Lariboisière	DREYFUS (G.)
Pitié	KOURILSKY (R.)
Saint-Antoine	DEBRAY (C.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Sichat)	GENNES (L. de)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	DEROT (M.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DAVID (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	GARCIN (R.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales	MERGER (R.)
Baudelocque	VARANGOT (J.)
Fech (Suresnes)	RENARD (G.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	AUBRY (M.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	LELONG (M.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	MARIE (J.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	BERNARD (E.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MICHAUX (L.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	COSTE (F.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	ROUX (M.)
Clinique stomatologique (Pitié)	LEMAIRE (A.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	GAULTIER (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	PADOVANI (P.)
Clinique toxicologique	DOMART (A.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	POILLEUX (F.)
Sémiologie médicale	COUVELAIRE (R.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	TURPIN (R.)
Clinique urologique (Necker)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	CASROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) pr. s. ch.	Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.) BARBIER (P.) pr. s. ch.	Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)	Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAÏ (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GANDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale	BAGLIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUM (J.) JEROME (H.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)	Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) GROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHT (G.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)		AUSSAKHAÏZ (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)		FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROQUE (Cl.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (C.) MORÉAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNÉUR (R.) WOLFFMANN (R.)
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.) BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)	Pathologie médicale	LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) KOZICHONACI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Hématologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Histologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)		
Hydrologie	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{lle} L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)		
Hygiène	BASTIN (R.) Pr. s. ch. DUPONT (V.)		
Maladies infectieuses	FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)		
Médecine légale	ALBAHARY (G.) PERTUISET (B.)		
Médecine du travail	LAPRESLE (J.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)		
Neuro-chirurgie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)		
Neurologie			
Obstétrique			
Ophthalmologie			

	MM.		MM.
Pharmacologie	{ BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch.	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Physiologie	{ DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.	Psychiatrie infantile	{ DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Physique médicale	{ GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.	Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Pneumo phtisiologie	{ KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Stomatologie	{ CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
		Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
		Urologie	{ AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	{ DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique médicale	{ PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique obstétricale	{ GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)	{ BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)	
Conservateur en Chef de la Bibliothèque		
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	{ M. le Docteur HAHN (A.)	
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)	
Bibl'othécaire	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Femme,

A ma Mère,

A mes Enfants,

A tous les Miens.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550217_0036

A Monsieur le Professeur Félix POILLEUX

Professeur de Séméiologie et Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de PARIS.

Après nous avoir accueilli dans son
service pour un de nos meilleurs semestres
d'internat, il a accepté de présider cette
thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage
de notre respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Alain KOUCHET

Chirurgien des Hôpitaux de Paris,
Chef de service à l'Hôpital Foch.

Après nous avoir fait bénéficier pendant
six mois de l'enseignement de ses belles
techniques réglées, il nous a inspiré le
sujet de cette thèse et nous a guidé pendant
son élaboration.

Nous lui exprimons ici notre profonde et
respectueuse gratitude.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

Monsieur le Professeur Jean QUENU,
Monsieur le Docteur Robert MALLET,
Monsieur le Professeur Agrégé Daniel MAHOUDEAU,
Monsieur le Docteur Marcel CACHIN,
Monsieur le Professeur Raoul KOURILSKY,
Monsieur le Docteur Jean ANTONELLI.

Internat :

Monsieur le Professeur Jean-Marie VERNE,
Monsieur le Docteur Jean-Paul CALVET,
Monsieur le Professeur Pierre ABOLKER,
Monsieur le Docteur Pierre LANCE.

L'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

- I N T R O D U C T I O N -

Un grand nombre de travaux et de communications récentes tant en France qu'à l'étranger sont consacrées aux résultats du traitement chirurgical du cancer du haut rectum et du rectosigmoïde, par résection antérieure. Cette résection antérieure comprend, comme son nom l'indique, l'exérèse plus ou moins large du colon gauche et du rectum néoplasique par voie abdominale pure, suivie d'anastomose immédiate colo-rectale. Cette résection antérieure peut s'accompagner ou non de dérivation des matières en amont pour soulager l'anastomose (dérivation préalable ou contemporaine).

Il semble que la première colectomie idéale pour cancer du sigmoïde ait été réalisée par REYBARD en 1833. Cette technique d'exérèse fut étendue à tout le colon, haut rectum compris. La résection antérieure du haut rectum fut pratiquée pour la première fois par TRENDELENBURG en 1897, recommandée par SCHLOFFER en 1904 et reprise en 1926 par TIXIER à Lyon, à Paris par LECENE et CUNEO. Cette intervention était extrêmement grave avec une mortalité de 30 à 50 % suivant les statistiques, essentiellement due à la péritonite, par lâchage des sutures coliques. Cette mortalité avait été diminuée par les techniques de colostomie contemporaine (MIKULICZ) mais demeurait toujours lourde, et on préférait l'amputation abdomino-périnéale pour tous les cancers du rectum.

Depuis l'avènement des antibiotiques, la résection antérieure du rectum a trouvé un regain de faveur qui a augmenté au cours des années.

Les auteurs américains (BABCOCK, MAYO, WANGENSTEEN, WAUGH) pratiquent cette intervention sur une très large échelle en poussant au maximum ses indications.

En France, la méthode est appliquée de façon générale depuis le rapport au Congrès de Chirurgie de 1946 de d'ALLAINES et de VERNEJOL, reprise par ROUX et SENEQUE en 1950. LORTAT-JACOB et MOUCHET en 1954 préconisent d'augmenter l'étendue de la résection colique et mésocolique en faisant une hémicolectomie gauche vraie avec ligature primitive des vaisseaux mésentériques inférieurs à l'origine.

Depuis, les statistiques étudiant les résultats éloignés de ces interventions sont parues et toutes insistent sur la fréquence des récidives in situ après résection antérieure. Les auteurs américains qui disposent d'un très grand nombre de cas parfaitement suivis ont étudié de près ces récidives et essayé d'en déterminer la cause et de préciser si possible une attitude préventive.

Il nous a paru intéressant de reprendre les 59 cas de résection antérieure du rectum opérés par notre Maître A. MOUCHET de 1950 à 1962 dans son service du Centre Médico-chirurgical FOCH et dans sa clientèle privée. La plupart de ces malades ont été traités par hémicolectomie gauche vraie et les études des résultats éloignés de ces interventions pour cancer du haut rectum ou du recto-sigmoïde ont été rarement faites en France.

Après une étude clinique rapide de nos 59 cas, nous essaierons d'apprécier les conséquences thérapeutiques de nos résultats éloignés car la position des différents auteurs est encore loin d'être définitivement arrêtée. On sait que le problème de la conservation sphinctérienne domine le traitement du cancer du rectum : toutes les attitudes ont été prises, certaines extrêmes

- amputation abdomino-périnéale systématiquement proposée ou au contraire

- pousser au maximum les indications de la résection antérieure.

La plupart des auteurs modernes, cependant, ont une attitude plus nuancée,

proposant l'amputation abdomino-périnéale pour les cancers bas situés, jusqu'à 8 cms de la marge.

- la résection antérieure étant réservée aux cancers du haut rectum et du recto-sigmoïde, à plus de 10 cms de la marge,

- entre les deux se situerait l'indication des résections abdomino-trans-anales (Babcock - Bacon).

Après l'étude de nos résultats, nous essaierons de déterminer la place qu'il faut accorder à la résection antérieure du rectum et plus particulièrement à l'hémi-colectomie gauche dans le traitement de ces cancers.

=====

I - ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I°- SIEGE DE LA TUMEUR

L'étude du siège de la tumeur est évidemment un élément majeur pour la discussion de la tactique opératoire. On sait que la localisation de ces tumeurs du haut rectum et de la région recto-sigmoïdienne peut être appréciée de différentes façons; malheureusement toutes ces méthodes sont d'une précision discutable, car un certain nombre de composantes variables d'un sujet à l'autre peuvent venir modifier les résultats.

Le siège de la masse tumorale peut être apprécié essentiellement de trois façons :

- cliniquement par le toucher rectal,
- instrumentalement par la rectoscopie,
- opératoirement, à ventre ouvert, sur le rectum en place.

Ce n'est qu'accessoirement que le lavement baryté peut venir donner des éléments pour localiser la tumeur.

Nous étudierons successivement ces méthodes d'exploration :

a) le toucher rectal

Ses indications sont certes très importantes, mais elles peuvent être faussées dans certains cas :

- la tumeur implantée plus haut et normalement inaccessible au doigt peut être invaginée dans la lumière rectale,
- la tumeur, siégeant à la jonction recto-sigmoïdienne peut être perçue au toucher rectal à travers la paroi rectale : c'est le cas des tumeurs prolabées dans le cul de sac de Douglas.

Dans nos 59 observations de cancer du haut rectum traité par résection antérieure, 55 fois les résultats du toucher rectal ont été mentionnés et l'on trouve le pôle inférieur de la tumeur :

- facilement accessible au doigt, 4 fois, soit 7,2 % des cas,
- perceptible à bout de doigt, soit environ 9-10 cms, de la marge 36 fois, soit 65,4 % des cas,
- perçu à travers la paroi rectale saine, 3 fois, soit 5,4 % des cas,
- inaccessible au doigt, 12 fois, soit 21,8 % des cas.

Avec les réserves indiquées plus haut, ces renseignements ont été recoupés, dans l'ensemble, avec ceux des autres méthodes de localisation de la tumeur.

Il faut enfin signaler que les récentes publications, en particulier des auteurs américains, ne mentionnent pas le siège de la tumeur apprécié par le toucher rectal. Ils ne font état que des résultats fournis par la rectoscopie.

b) la rectoscopie

La rectoscopie est l'examen essentiel pour donner avec précision le siège de la tumeur. Une cause d'erreur possible est due au refoulement par le tube du rectoscope d'une tumeur mobile : la rectoscopie donne dans la plupart des cas un siège plus élevé de 1 ou 2 cms. quand on peut comparer ses résultats avec ceux du toucher rectal. Parfois au contraire, la rectoscopie estime la tumeur plus proche si elle est invaginée.

Dans nos observations, il a été possible de retrouver 54 résultats précis de rectoscopie :
dans 54 cas, le pôle inférieur de la tumeur siège, par rapport à la ligne ano-cutanée :

- entre 7 et 8 cms, 4 fois soit 7,4 % des cas,
- entre 9 et 10 cms, 13 fois, soit 24,0 % des cas,
- entre 11 et 12 cms, 15 fois, soit 25,9 % des cas,
- entre 13 et 15 cms, 17 fois, soit 31,4 % des cas,
- entre 16 et 18 cms, 5 fois, soit 9,2 % des cas.

Cette localisation est tout à fait comparable avec les autres statistiques, notamment avec celle des 90 cas de WHEELLOCK (62). C'est donc dans la majorité des cas, la rectoscopie qui nous a donné l'indication précise du siège de la tumeur. Ce siège a été confirmé par les données de l'exploration chirurgicale.

c) la laparotomie exploratrice

C'est en effet l'exploration chirurgicale qui précise, en dernier ressort, le siège de la tumeur. Là, il n'est plus question, évidemment, de situer le cancer par rapport à la marge de l'anus. Le point de repère essentiel est la ligne de réflexion du péritoine sur la face antérieure du rectum, autrement dit, le fond du cul de sac de Douglas. Là encore, des variations sont possibles et viennent empêcher d'apprécier avec précision le siège du cancer. On sait qu'il y a des différences notables dans la profondeur de ce cul de sac péritonéal et qu'il ne saurait être prise comme un repère fixe. D'autre part, certaines tumeurs se laissent facilement remonter du fond du pelvis par une simple traction sur l'intestin et peuvent ainsi avoir des rapports variables avec la ligne de réflexion péritonéale. Chez 44 de nos opérés, le compte-rendu opératoire fait une mention précise du siège de la tumeur : dans tous les cas, la tumeur a été palpée en place, c'est-à-dire sans aucune traction sur l'intestin. Dans ces 44 cas où le siège a été précisé à l'exploration chirurgicale, le pôle inférieur du cancer se situait :

- nettement au-dessus du Douglas, 18 fois, soit 40,9 % des cas
- affleurant le Douglas, 16 fois, soit 36,3 % des cas.
- au-dessous du Douglas, 10 fois, soit 22,7 % des cas.

Dans ces 10 derniers cas, la tumeur se laissait facilement remonter au-dessus du Douglas, rendant ainsi la résection antérieure possible d'autant plus que la dissection du rectum fait encore remonter la tumeur, surtout si le rectum est pelotonné dans l'excavation pelvienne. Telles sont les trois méthodes principales utilisées pour préciser le siège de la lésion.

d) le lavement baryté

On ne fera que mentionner ici le lavement baryté qui ne peut donner avec précision de renseignements sur le siège du cancer : les images de lacune ou de sténose de la charnière recto-sigmoïdienne ou du haut rectum

ont été retrouvées chez 14 de nos malades. Chez tous les malades, le siège exact de la lésion a été confirmé par la rectoscopie ou à l'exploration chirurgicale.

On verra plus loin quelles sont les relations entre le siège de la tumeur et le pronostic lointain des résections antérieures du rectum.

2° - L'ASPECT MACROSCOPIQUE

a) l'aspect macroscopique de ces tumeurs a été précisé par la rectoscopie pré-opératoire et par l'examen de la pièce de résection du rectum.

Comme on va le voir, il s'agit, dans la grande majorité des cas, de tumeurs bourgeonnantes, sténosant plus ou moins le rectum.

C'est ainsi que pour 55 tumeurs dont l'aspect macroscopique a été noté, on trouve :

- 51 tumeurs bourgeonnantes, ulcérées ou non, soit 92,7 %
- 1 tumeur ulcérée, sans bourgeonnement, soit 1,8 %
- 4 tumeurs pédiculées d'aspect vilieux ou polypoïdes, soit 7,2 %.

b) la taille de ces tumeurs a été notée dans un certain nombre de cas; on l'étudiera avec l'envahissement cancéreux local.

c) quant au siège de la base d'implantation du cancer, il a été précisé également par la rectoscopie, et, de façon précise par l'examen de la pièce opératoire.

Dans 48 observations, le siège de la tumeur a été précisé :

- face antérieure : 26 fois, soit 54,1 % des cas
- face postérieure : 6 fois, soit 12,5 % des cas
- faces latérales droite et gauche : 3 fois, soit 6,2 % des cas
- virole intéressant toutes les faces : 13 fois, soit 27 % des cas.

On voit que la localisation à la face antérieure du haut rectum est prédominante et que dans un grand nombre de cas, la tumeur était déjà trop étendue en circonférence pour que l'on puisse apprécier avec certitude le siège de son point de départ.

3° - ASPECT MICROSCOPIQUE

Nous disposons des compte-rendus d'examen histologique pour 52 tumeurs enlevées.

Il s'agit 47 fois d'épithéliomas glandulaires cylindriques, soit 90,3 % des cas.

5 fois seulement l'aspect histologique a été celui de tumeur bénigne villose dégénérée, soit 9,6 % des cas.

Les caractères du stroma n'ont pas été précisés dans la plus grande partie des examens histologiques et nous ne pouvons en faire état pour un nombre suffisant d'observations.

4° - ENVAHISSEMENT CANCEREUX LOCAL

a) Cet envahissement a été précisé à l'exploration chirurgicale de l'abdomen et macroscopiquement à l'ouverture de la pièce de résection.

- L'envahissement muqueux circonférentiel a été noté; c'est un peu artificiellement qu'on classera ces tumeurs selon la circonférence de muqueuse rectale envahie.

- Sur 49 observations qui mentionnent l'étendue de la tumeur en circonférence, on trouve :

1/4 de circonférence rectale envahie, 13 fois, soit 27,9 % des cas
1/2 de circonférence rectale envahie, 13 fois, soit 27,9 % des cas
3/4 de circonférence rectale envahie, 10 fois, soit 20,8 % des cas
la tumeur était circonférentielle, en virole, 13 fois, soit 27,9 %
des cas.

Il est à noter à ce propos qu'il a été vu une plus grande proportion d de tumeurs volumineuses et sténosantes en clientèle privée qu'au Centre Médico-chirurgical FOCH:

10 malades sur 15 avaient une tumeur qui envahissait au moins les 3/4 de la circonférence du rectum.

b) L'envahissement en profondeur des différentes tuniques de la paroi rectale n'a pas été noté dans un nombre suffisant d'observations pour qu'on puisse en tirer des conclusions intéressantes et nous le regrettons car la plupart des statistiques américaines utilisent la classification de DUKES selon l'envahissement en profondeur de la paroi intestinale.

c) Les adhérences cancéreuses aux organes voisins et vérifiées histologiquement ont été retrouvées chez 6 de nos malades :

- envahissement du dôme vésical, 2 fois
- envahissement de l'atmosphère graisseuse péri-rectale, 2 fois
- envahissement et perforation d'une anse iléale, 1 fois
- envahissement du péritoine du Douglas, 2 fois.

Ces résultats peuvent cependant être discutés, car il ne semble pas que la graisse péri-rectale ait été examinée systématiquement sur toutes les pièces d'exérèse.

d) L'envahissement cancéreux en hauteur a été étudié sur la plupart de nos pièces de résection. Le plus souvent, c'est la tranche de recoupe sur le rectum qui a été donnée à l'examen histologique, mais parfois aussi la tranche de section inférieure de la pièce.

Sur 43 examens histologiques qui mentionnent l'état de la tranche de section inférieure du rectum, 41 fois elle est indemne de cellules néoplasiques, 2 fois elle est envahie par les tissus cancéreux. Chez ces deux malades, nous le verrons plus loin, le processus cancéreux n'a pas tardé à récidiver, 1 fois sur l'anastomose, 1 fois dans le tissu cellulaire pelvien. Cette proportion coïncide avec celle retrouvée par PERROTIN (56), 1 fois sur 31 résections antérieures.

5° - L'ENVAHISSEMENT METASTATIQUE

C'est également très rarement que l'on a constaté l'existence de métastases à distance à l'exploration de l'abdomen. 3 fois seulement sur 60 explorations, on a constaté l'existence de métastases hépatiques obligeant à faire une résection palliative.

6° - L'ENVAHISSEMENT LYMPHATIQUE

On sait que les anatomistes distinguent des ganglions épi-coliques, contre la paroi colique, para-coliques le long de l'arcade bordante, des ganglions du hile du rectum à la bifurcation de l'artère hémorroïdale supérieure, enfin des ganglions centraux le long de l'artère mésentérique inférieure (groupe principal).

Il est démontré que le haut rectum n'est pratiquement pas drainé par les chaînes ganglionnaires hémorroïdales moyennes et inférieures. L'envahissement cancéreux se fait essentiellement vers le haut, exceptionnellement (2 % des cas pour DUKES, 2 % des cas pour MAYO) vers le bas.

Sur nos pièces de résection du rectum, on a distingué des ganglions distaux, près du colon et du rectum, des ganglions proximaux, groupes mésentériques inférieurs. L'étude de leur envahissement histologique montre sur 55 pièces examinées pour leurs ganglions :

- 14 fois il n'existait pas de ganglions prélevables pour examen, 25,4 %

- 32 fois les ganglions prélevés n'étaient pas envahis, soit 58,1 %

- 9 fois les ganglions proximaux ou distaux étaient envahis, 16,3 %, ou les deux groupes ensemble. Nous n'avons malheureusement pas suffisamment de compte-rendus histologiques précisant la topographie exacte des ganglions envahis. Ce pourcentage (16,3 %) d'envahissement ganglionnaire semble très faible par rapport aux autres statistiques :

33 % pour WHEELLOCK sur 90 malades (62)

40,6 % pour MAYO sur 362 malades (36)

43,2 % pour WAUGH sur 268 malades (58)

Cette dernière statistique comporte des cancers très bas situés et traités par intubation colique trans-anale, les métastases ganglionnaires y sont beaucoup plus fréquentes que dans les cancers haut situés. D'autre part, nos pièces d'exérèse n'ont pas été l'objet de recherches histologiques pour toute l'atmosphère celluleuse péri-rectale : seuls ont été étudiés les ganglions décelables macroscopiquement.

7° - L'ENVAHISSEMENT VEINEUX

L'envahissement veineux n'a pas fait l'objet d'une étude histologique particulière et nous le regrettons car de nombreux travaux américains récents montrent la fréquence relative des bourgeons néoplasiques intraveineux et des embolies néoplasiques par voie veineuse.

II - ETIOLOGIE

Les renseignements étiologiques fournis par une telle étude statistique n'apportent que peu d'arguments.

1 - Le sexe

Il est classique de répartir ces malades suivant leur sexe, et l'on retrouve ici sur 59 malades :

25 hommes, soit 42,3 % des cas,
34 femmes, soit 57,6 % des cas.

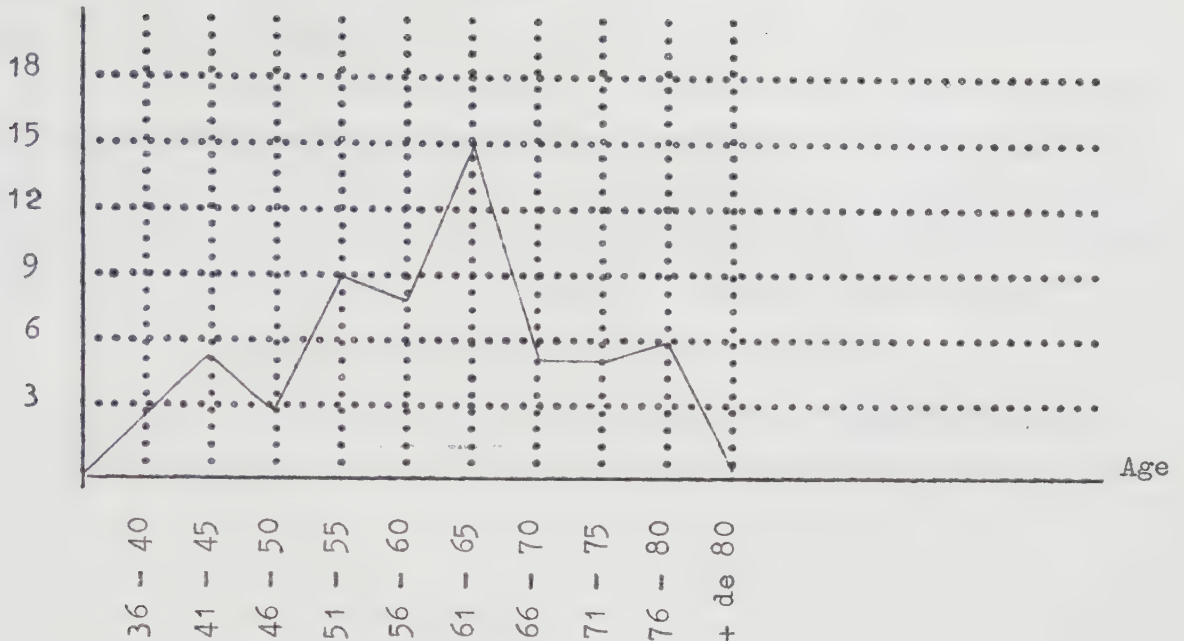
La prédominance féminine de cette affection est une notion que nous avons retrouvée dans la plupart des statistiques des auteurs français et étrangers, sauf pour les 362 malades de MAYO (36) qui comportaient 195 hommes et 167 femmes.

2 - L'âge

Lorsque l'on classe ces malades suivant leur âge à la date de l'intervention, on trouve :

- 2 malades entre 36 et 40 ans, soit 3,4 % des cas,
- 4 malades entre 41 et 45 ans, soit 6,9 % des cas,
- 3 malades entre 46 et 50 ans, soit 5,1 % des cas,
- 9 malades entre 51 et 55 ans soit 15,3 % des cas,
- 8 malades entre 56 et 60 ans, soit 13,8 % des cas,
- 15 malades entre 61 et 65 ans, soit 25,5 % des cas,
- 5 malades entre 66 et 70 ans, soit 8,6 % des cas,
- 5 malades entre 71 et 75 ans, soit 8,6 % des cas,
- 6 malades entre 76 et 80 ans, soit 10,2 % des cas,
- 1 malade âgé de plus de 80 ans soit 1,7 % des cas.

Nombre de cas



La prédominance des malades âgés de 51 à 65 ans est tout à fait habituelle dans ces cancers digestifs. Il est à noter cependant que la plupart des malades très âgés (au-dessus de 75 ans) sont des hommes, la plupart des malades jeunes (au-dessous de 45 ans) sont des femmes.

3 - Les antécédents digestifs et les facteurs prédisposants :

Parmi les notions étiologiques retrouvées dans les observations de nos malades, on a pu relever :

a - que 3 fois, il s'agissait de colitiques chroniques, connus depuis plus ou moins longtemps, qu'il s'agisse de colite diverticulaire, amibienne ou autre. Chez notre malade traité deux ans auparavant pour colite amibienne, il est possible que ce soit en fait le début du processus tumoral, la preuve parasitologique de l'affection n'ayant jamais été faite.

b - 3 fois également, nos malades étaient porteurs d'hémorroïdes ayant fait l'objet d'un traitement local ou général. On sait que les hémorroïdes n'ont pu jouer d'autre rôle que de masquer peut-être le début de la symptomatologie propre du cancer.

c - plus intéressante est l'étude des malades porteurs de lésions bénignes, polypes ou tumeurs villeuses, associées au cancer.

- chez 5 de nos malades le cancer était histologiquement une tumeur villositaire dégénérée, soit un pourcentage de 9,6 %,

- chez 3 de nos malades, il existait sur la pièce d'exérèse un ou plusieurs polypes bénins au-dessus ou au-dessous du cancer. Il était d'ailleurs impossible d'affirmer si le cancer était histologiquement dû à la transformation d'une lésion bénigne. Cette proportion de tumeurs bénignes associées paraît faible quand on la compare à certaines statistiques :

25 % sur 608 malades de SWINTON (54)

On verra plus loin quel rôle peuvent avoir les tumeurs bénignes, si elles sont méconnues, dans une reprise du processus néoplasique.

III - LES SYMPTOMES

1 - Il nous a paru intéressant de noter, pour chacun de nos malades la date du début clinique apparent de la maladie et la date à laquelle ils sont venus consulter au Centre Chirurgical : comme toujours, ce délai a varié entre deux mois et deux ans : on trouve ainsi

- 24 malades vus entre 1 et 6 mois après le début clinique
soit 42,8 %
- 24 malades vus entre 7 et 12 mois après le début clinique
soit 42,8 %
- 2 malades vus entre 13 et 18 mois après le début clinique
soit 3,5 %
- 4 malades vus entre 19 et 24 mois après le début clinique
soit 7,1 %
- 2 malades vus plus de deux ans après le début clinique
soit 3,5 %.

On voit que dans l'ensemble, nos malades ont été vus à un stade clinique relativement précoce, un an au maximum après le début clinique apparent de la maladie.

2 - Quant aux symptômes cliniques révélateurs, ils ont été classés de la façon suivante, en général diversement associés les uns aux autres :

- le plus souvent hémorragies rectales dans 50 cas,
- les troubles de rectite, ténesme, épreintes, dans 33 cas,
- les troubles du transit, diarrhée, constipation, dans 36 cas,
- les troubles généraux, amaigrissement surtout, dans 17 cas.

Il est banal de noter que l'hémorragie est le principal signe d'alarme observé dans la plupart des cas. Sur nos 60 malades, un seul a été vu à l'occasion d'une complication révélatrice, en l'occurrence une occlusion intestinale aiguë : c'est d'ailleurs notre seul cas traité par dérivation préalable des matières.

oOo

IV - LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Tous nos malades ont subi les différents examens complémentaires nécessaires pour faire la preuve de la nature maligne de leur tumeur, essentiellement rectoscopie et biopsie, plus accessoirement lavement baryté.

1° - LA RECTOSCOPIE ET BIOPSIE

On a vu que la rectoscopie est l'examen nécessaire dans tous les cas pour situer avec précision la tumeur par rapport à la ligne ano-cutanée. Elle est également indispensable pour faire la biopsie de la lésion. Sur 40 malades dont nous possédons les compte-rendus de rectoscopie et d'examen histologique des prélèvements biopsiques :

- 33 fois la réponse de l'histologie a été en faveur de la nature maligne du fragment prélevé.

- 7 fois, la réponse a été négative, mais dans 3 de ces cas, un nouvel examen histologique a montré la nature cancéreuse des lésions. Chez certains malades, la biopsie n'a pas été faite de peur de faire saigner certaines tumeurs volumineuses.

2° - LE LAVEMENT BARYTE

L'examen radiologique du colon après préparation par lavement baryté n'a été demandé que chez 24 de nos malades.

- 20 fois il a montré des lésions typiquement tumorales du haut rectum ou de la charnière recto-sigmoïdienne.

- 4 fois seulement l'aspect du cadre colique était normal, la lésion de petite dimension, étant masquée par la réplétion de l'ampoule rectale par le lavement baryté.

On a vu que cet examen radiologique ne renseigne pas avec la même précision sur le siège de la tumeur.

V - LE BILAN PRE-OPERATOIRE ET LA PREPARATION MEDICALE DES MALADES

1° - LE BILAN DIAGNOSTIC

On vient de voir rapidement que nos malades ont été étudiés cliniquement et par les examens complémentaires pour poser l'indication thérapeutique. On sait en fait que c'est à l'intervention que l'on peut seulement juger en dernier ressort de l'extirpabilité des lésions suivant l'extension locale, régionale et générale du cancer, la majorité des métastases n'étant pas accessibles à l'examen clinique habituel.

2° - LE BILAN PRONOSTIC

On essaie cependant avant l'intervention, d'établir un premier bilan pronostic, sur les données de l'examen clinique et des examens complémentaires.

a - La recherche des métastases a été faite systématiquement par la palpation du foie, la recherche d'adénopathies sus-claviculaires, la radiographie pulmonaire. Actuellement nous disposons de la scintillographie hépatique à l'or marqué (Au 169) pour la détection pré-opératoire des métastases du foie. Chez nos 59 malades, ce premier bilan clinique n'a jamais montré de lésions évidentes. Ce n'est qu'à l'exploration chirurgicale, le ventre ouvert, que l'on a découvert 3 fois des métastases hépatiques (soit dans 5 % des cas) obligeant à faire une résection palliative. Ce chiffre paraît très faible si on le compare à ceux donnés par les autres statistiques récentes :

- MAYO (36) fait 58 interventions palliatives sur 362 résections antérieures, soit 16 % de sa statistique.

- PERROTIN (56) fait 4 résections palliatives sur les 31 cas de sa statistique, soit 12,9 % des cas.

b - L'extension loco-régionale

Le bilan clinique pré-opératoire tente également de faire le bilan de l'extension loco-régionale de la tumeur. Mais là encore, les résultats de ces investigations sont **insuffisants** pour poser les indications thérapeutiques avec précision et c'est le bilan opératoire qui va apprécier :

- l'extension ganglionnaire aux différentes chaînes lymphatiques,
- l'extension locale aux organes adjacents, pouvant nécessiter une exérèse élargie à l'organe envahi.

c - Les complications

L'examen pré-opératoire du malade s'est toujours attaché à rechercher les différentes complications locales et régionales pour les traiter avant l'intervention.

Un seul de nos malades, on l'a vu, a révélé sa tumeur par une occlusion aiguë, traitée par colostomie préalable. Ce premier temps avait d'ailleurs été exécuté dans un autre service.

Deux de nos malades présentaient à leur arrivée dans le service, un certain degré de météorisme, dû à une sub-occlusion par la tumeur : le traitement pré-opératoire de préparation du colon leur a rendu rapidement un abdomen plat et un transit normal.

Nous n'avons pas vu, chez aucun de nos malades, de véritable infection tumorale, le classique phlegmon péri-néoplasique pouvant poser des problèmes d'indication opératoire urgente ; mais chez 3 malades, un état sub-fébrile avec hyperleucocytose sanguine indiquait une infection nécessitant un traitement antibiotique pré-opératoire plus intense et plus prolongé que le traitement systématique de préparation du colon.

Chez tous nos malades, l'examen clinique et les examens complémentaires ont cherché à apprécier le retentissement général de la tumeur rectale :

- l'amaigrissement, supérieur à 5 kgs chez 17 malades,
- l'anémie nette, inférieure à 3.500.000 hématies chez 6 malades,
- l'hypoprotidémie, au-dessous de 60 g. chez 2 malades.

3° - PREPARATION MEDICALE

a - Chez ces malades, les jours qui précèdent l'intervention, un traitement médical a été institué visant à préparer leur état général et à corriger les troubles notés au cours du bilan pré-opératoire. Ce traitement comporte des perfusions liquidiennes, des transfusions sanguines et des antibiotiques pour lutter contre l'infection.

b - Pendant ce temps on préparait le colon par l'administration d'un régime alimentaire sans résidu, de petites purges (huile de ricin belladonnée le plus souvent), de lavements évacuateurs, d'antibiotiques agissant sur les germes intestinaux - sulfamides : Ganidan, antibiotiques : streptomycine, néomycine ou tifomycine per os). Le but recherché étant d'opérer sur un intestin vide, plat et aseptique.

VI - LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

1° - ANESTHESIE ET REANIMATION PER-OPERATOIRE

On n'entrera pas dans les détails techniques d'anesthésie et de réanimation. Dans tous les cas, il s'est agi d'anesthésie générale en circuit fermé avec intubation. La réanimation per-opératoire par perfusions et transfusions sanguines à la demande.

2° - LES TECHNIQUES DE RESECTION ANTERIEURE DU RECTUM

a - Le nombre de temps opératoires

La grande majorité de nos 59 cas a été opérée en un seul temps : la résection antérieure du rectum a été suivie immédiatement de rétablissement de la continuité. On relève en effet, en reprenant les compte-rendus opératoires :

- que 47 malades ont subi une colectomie idéale soit 79,6 % de nos opérés.

Cette proportion importante de colectomies idéales n'est pas souvent retrouvée dans les autres statistiques.

3 malades seulement ont dû subir une colostomie secondaire d'amont à l'occasion d'une complication post-opératoire.

6 malades opérés pendant les années 1950 et 1951 ont eu une dérivation contemporaine d'amont par caecostomie. Dans tous ces cas, la fistule caecale ainsi créée s'est refermée spontanément en quelques jours après l'ablation de la sonde de Pezzer vers le 10ème jour suivant l'intervention.

La dérivation contemporaine d'amont par colostomie transverse n'a été faite que chez 2 de nos malades chez qui l'anastomose n'avait pas pu être faite dans des conditions de sécurité absolue.

L'un, en particulier, était porteur d'une tumeur bénigne située au dessous de l'anastomose qui avait été enlevée dans le même temps.

Quant à la dérivation des matières par colostomie préalable, elle n'a été faite qu'une fois pour une occlusion aiguë. Ce premier temps avait d'ailleurs été réalisé en province. L'intervention qui suivit ce premier temps a été une colectomie idéale enlevant la colostomie avec la pièce de résection de la tumeur.

Au total, 12 de nos malades (soit 20,3 %) ont subi leur intervention en deux temps, si on compte parmi eux, ceux qui ont eu une fistule caecale qui n'a pas nécessité de cure opératoire ultérieure ou une colostomie contemporaine. La vraie colectomie en deux temps n'a été en fait réalisée qu'une fois (soit 1,6 % des cas).

L'étude des autres statistiques montre que la plupart des chirurgiens français et étrangers font volontiers des résections du rectum en deux temps.

- MAYO (36) sur 352 malades traités par résection suivie d'anastomose immédiate fait :

- 151 colectomies idéales soit 42,9 % des cas
- 201 colectomies avec colostomie préalable ou concomittante soit 57,1 % des cas.

- BERTRAND et FRANCILLON (5) préconisent, en 1957 il est vrai, la colostomie d'amont systématique dans les résections du rectum par voie abdominale pure.

Comme on le verra plus loin, il semble que le nombre très faible de complications post-opératoires au niveau de l'anastomose légitime parfaitement cette tendance à opérer le plus possible ces malades en un temps. Il est vrai que le service du Centre FOCH reçoit très peu de malades en urgence, diminuant ainsi le nombre de malades porteurs de complications aiguës du cancer (occlusion ou infection). C'est surtout chez ces malades que se pose le problème de la dérivation préalable ou contemporaine des matières.

b) La voie d'abord

La voie d'abord utilisée a été dans la majorité des cas depuis 1951, une laparotomie médiane sous ombilicale suffisante pour explorer la tumeur, et apprécier son extension loco-régionale ; la médiane est alors

prolongée obliquement vers le rebord costal gauche, réalisant une incision type Barraya. Cette voie de Barraya a été utilisée chez 43 de nos malades, elle donne dans tous les cas un jour suffisant sur la région de l'angle gauche pour en faire le décollement. Au besoin le chirurgien se place à droite pour la libération de l'angle.

Avant 1951, la voie d'abord utilisée a été :

- une incision verticale parallèle au bord externe du grand droit gauche chez 9 malades
- une simple laparotomie médiane sous ombilicale chez 4 malades

c) L'étendue de la résection colique

L'étude de l'étendue de la résection du colon est particulièrement intéressante pour pouvoir faire plus loin le bilan des survies et des récidives en fonction de la longueur d'intestin enlevé au-dessus et au dessous de la tumeur et de l'étendue de la cellulo-adénectomie.

On étudiera tout d'abord l'exérèse au-dessus de la tumeur. Le plus souvent, il a été fait hémicolectomie gauche avec ligature des vaisseaux mésentériques inférieurs,

- l'artère à son origine sur l'aorte
- la veine près de l'angle duodéno-jéjunal.

Il est à signaler que dans la plupart de ces hémicolectomies gauches, le colon avait été déjà décollé de la paroi avant la ligature des vaisseaux. Il faut insister sur l'intérêt, peut-être plus théorique, que réel de l'hémicolectomie gauche vraie.

- la cellulo-adénectomie large (le relais supérieur étant enlevé)
- la ligature haute de la veine mésentérique (possibilité de cellules néoplasiques dans les veines tributaires - travaux américains). En reprenant l'étude des compte-rendus opératoires de nos malades, on trouve
- 38 hémicolectomies gauches avec ligature à l'origine des vaisseaux mésentériques inférieurs,

- 21 colectomies segmentaires larges liant le tronc des artères sigmoïdes. C'est parmi ces colectomies segmentaires que l'on trouve les 3 résections palliatives de notre statistique chez des malades porteurs de métastases hépatiques.

Il semble donc que dans tous nos cas, la résection colique vers le haut ait été très large, emportant au minimum 25 à 30 cms. d'intestin.

Nous regrettons beaucoup qu'un certain nombre de compte-rendus opératoires ne mentionnent pas de façon explicite l'étendue de l'exérèse colique vers le bas, au-dessous du pôle inférieur de la tumeur. Nous ne disposons que de 38 observations qui font état de la longueur de muqueuse saine réséquée au-dessous de la tumeur. Dans tous ces cas, cette longueur de muqueuse a été mesurée sur le rectum en place, sans traction, et non pas sur la pièce ouverte où il se produit une rétraction des tissus. Cette longueur d'intestin sous jacent à la tumeur est :

- inférieure à 5 cms chez 5 malades
- de 6 à 8 cms chez 20 malades
- de 9 à 10 cms et plus chez 13 malades.

On voit à l'étude de ces compte-rendus, que l'indication de la résection par voie abdominale pure a été poussée au maximum. On verra plus loin les corrélations à établir entre l'étendue de l'exérèse colique et le pronostic lointain de ces cancers. La plupart des auteurs émettent des opinions divergentes sur l'étendue de rectum à réséquer au-dessous de la tumeur :

- d'ALLAINE (2) et PERROTIN (56) proposent un minimum de 5cms
- BERTRAND et FRANCILLON (5) un minimum de 8-10 cms (sur le rectum étiré par l'opérateur)
- WHEELLOCK et TOLL (62) proposent un minimum de 10 cms sur le rectum en place,
- LOFGREN (32) résèque de 1,5 à 10 cms de rectum au-dessous du cancer
- 4 cms pour HALLENBECK (26)
- 5 cms pour GRINNELL
- 10 cms pour ROSI, CAHILL et CAREY
- 6 cms pour MAYO
- GOLIGHER et DUKES (39) enlèvent 3 cms au-dessous du cancer

d) Le rétablissement de la continuité

Chez tous nos malades la continuité colique a été rétablie par anastomose colo-rectale ou transverso-rectale (suivant l'étendue de la résection vers le haut) latéro-terminale.

- latérale sur le colon gauche ou le transverse préalablement fermé selon la technique de MAYO sur écraseur + deux bourses,
- terminale sur le rectum.

Cette anastomose latéro-terminale a été parfaitement décrite par Joel BAKER (de Seattle) en 1950.

Cette anastomose a été réalisée en deux plans chez tous nos malades

- un plan total aux points séparés, fil non résorbable, lin ou soie noire.

- un plan séro-séreux, points séparés au fil non résorbable.

Chez tous nos malades, l'anastomose a été vérifiée par toucher rectal en fin d'intervention, chaque fois qu'elle était accessible au doigt. Récemment le monoplan a été utilisé mais il n'en a pas été fait chez les malades de cette statistique.

e) La péritonisation

La péritonisation a été faite soigneusement et sans difficultés chez tous nos opérés, l'anastomose étant sous péritonéale dans la plupart des cas,

- à gauche, suture du péritoine pariétal au péritoine colique
- à droite, suture du péritoine pariétal pré aortique au mésocolon.

Il a souvent été nécessaire, en haut, de s'aider du grand épiploon pour compléter la péritonisation (dans la gouttière pariéto-colique).

f) Le drainage a toujours été installé, le plus souvent, sous péritonéal, au contact de l'anastomose, sortant par une contre incision iliaque gauche après avoir fait un décollement du péritoine pariétal. Suivant l'époque à laquelle nos malades ont été opérés, on a utilisé successivement :

- des mèches qui ont été vite abandonnées
- des lames de caoutchouc ondulé ou des drains dans le Douglas
- des drains aspiratifs sous-péritonéaux
- des lames de caoutchouc ondulé sous péritonéales
- un drain souple entouré d'une lame de caoutchouc

Le drain aspiratif dans l'espace sous péritonéal a été récemment critiqué par PERROTIN (56), surtout quand il est placé au contact de l'anastomose.

Quand, pour des raisons de confort opératoire ou pour des adhérences de la tumeur, on a fait une hystérectomie complémentaire, il a été commode de placer un drainage par drain de caoutchouc sortant par le vagin. Il n'est pas toujours déclive car il se forme souvent un cul de sac en arrière du moignon vaginal.

g) Constatations particulières

- on vient de voir qu'il a été nécessaire de faire une hystérectomie complémentaire, totale ou sub-totale chez 9 de nos malades, dont l'utérus, en général fibromateux, gênait l'intervention.

- l'envahissement aux organes voisins, n'a nécessité d'élargir l'intervention que chez 3 de nos malades,

- 1 fois une cystectomie partielle pour envahissement du dôme vésical.
- 1 fois une résection de la dernière anse iléale,
- 1 fois une hystérectomie totale pour un envahissement de la paroi postérieure du dôme vaginal, dans les autres cas où des adhérences ont été trouvées en cours d'intervention, il s'agissait d'adhérences inflammatoires dont la libération très simple n'a pas entraîné d'excérèse complémentaire.

3° - SUITES IMMEDIATES

Les suites opératoires immédiates de nos 46 malades opérés au Centre Médico-chirurgical FOCH ont été suivies dans le service de réanimation. L'étude de ces dossiers de réanimations montre :

a) Mortalité opératoire

On relève, dans nos 59 observations de résection antérieure du rectum que 2 morts dans les suites opératoires immédiates. Ce pourcentage de 3,3 % de mortalité opératoire paraît très faible lorsqu'on le compare aux autres statistiques, françaises ou étrangères. On trouve en effet :

- 7,7 % pour PEYCELON et REPLUMAZ (45) sur 364 opérés
- 5 morts sur 43 résections de GRIMAUD (24), soit 11,6 %.
- 8,6 % de mortalité sur 26 résections de d'ALLAINES (3)
- 11 % de mortalité sur 59 résections de BERTRAND et FRANCILLON (5)

- 6,6 % de mortalité sur 362 résections de MAYO (36)
- 2 morts sur 31 observations de PERROTIN (56) soit 6,4 %.
- 11 morts sur 162 opérés de GOLIGHER et DUKES (39) soit 6,8 %.

Notre faible pourcentage de morts post-opératoires immédiates ne semble pas dû à une sélection particulière de nos malades, mais peut-être à la qualité des soins de réanimation per et post-opératoires exécutés dans un service spécialisé. Ces deux morts opératoires sont dues, l'une à un choc opératoire et éviscération la mort survenant lors de l'intervention de fermeture de l'éviscération, l'autre à une complication pulmonaire brutale, atélectasie ou infarctus pulmonaire massif, entraînant une mort brutale le 2ème jour après l'intervention.

b) La morbidité post-opératoire

On a noté tout d'abord, que 40 de nos 59 opérés ont eu des suites opératoires simples, marquées par

- le retour du transit, des gaz, vers le 4ème jour, des selles, vers le 6ème jour ; souvent un peu retardé jusqu'au 8ème jour ou 9ème jour, mais se rétablissant tout de même sans aucun incident. Ces malades ont eu parfois une aspiration duodénale continue pour réduire un météorisme abdominal transitoire. Le drainage est enlevé entre le 5e et le 6e jour.

- la cicatrisation pariétale s'est faite chez ces malades normalement, les fils étant enlevés entre le 10ème et le 12ème jour. On a considéré comme suites opératoires normales, 3 suppurations pariétales spontanément tarées après évacuation et pansement à plat de la collection suppurée. Ces 3 abcès de paroi ne semblent pas en rapport avec une fistulisation même discrète de l'anastomose colo-rectale car l'écoulement s'est tari en 2 ou 3 jours par un simple traitement pariétal.

Pour ces 40 malades dont les suites opératoires ont été tout à fait simples, la durée moyenne d'hospitalisation post-opératoire a été de 20,7 jours, ce qui correspond aux résultats publiés dans les autres statistiques : 22,7 journées d'hospitalisation pour les 352 malades de MAYO (36). On sait que la rapidité de guérison de ces malades est un argument de poids en faveur de la résection antérieure du rectum : il faut en moyenne 55 à 60 jours pour cicatriser la plaie périnéale après amputation abdomino-périnéale.

Nous avons compté dans les suites opératoires simples les quelques malades qui ont eu une parésie vésicale transitoire guérie définitivement par la mise en place d'une sonde vésicale à demeure pendant quelques jours. Ces malades avaient le plus souvent de petits troubles dysuriques pré-existants et aucun de nos malade n'a dû subir secondairement une intervention urologique pour une aggravation de ses lésions cervico-prostatiques. On sait du reste, d'après les travaux de P. ABOULKER (1) que les complications urinaires sont infiniment plus fréquentes après amputation abdomino-périnéale du rectum qu'après résection par voie abdominale pure.

17 de nos malades ont eu des complications post-opératoires non mortelles. Ces complications ont augmenté leur durée d'hospitalisation et, quand on en fait la moyenne, on trouve, pour les 57 opérés ayant survécu à l'intervention, une durée moyenne d'hospitalisation de 27,1 jours.

MORTALITE ET MORBIDITE POST-OPERATOIRE - 59 OPERES.

Décès post-opératoire	2	3,3 %.		
Suites simples	40	70,2 %.	des survivants	
Complications post-opératoires	17	29,8 %.	des survivants	
dont - 8 thromboses veineuses		14,0 %.	"	"
- 1 péritonite		1,7 %.	"	"
- 2 occlusions		3,5 %.	"	"
- 4 fistules stercorales		7,0 %.	"	"
- 1 lésion urétérale		1,7 %.	"	"
- 1 hémorragie rectale		1,7 %.	"	"

Ces complications pos-opératoires peuvent être classées de la façon suivante :

- 8 thromboses veineuses des membres inférieurs, soit une proportion de 14 % sur la totalité de nos opérés. Ces phlébites ont toutes guéri par le traitement médical anticoagulant. Deux fois seulement elles se sont compliquées d'embolie pulmonaire qui ont guéri après traitement médical. Il nous paraît intéressant de noter ici, que cette proportion relativement importante de thromboses veineuses post-opératoires peut être expliquée par l'absence de traitement anticoagulant préventif donné systématiquement à ces opérés dans les suites opératoires dès qu'il existe un risque dû à l'état circulatoire du malade.

- nous n'avons observé par contre qu'un seul cas de péritonite post-opératoire dû à une fistulisation de l'anastomose. La réintervention au 4ème jour, pour drainage péritonéal et dérivation des matières en amont par colostomie, a amené la guérison de la malade. Cette péritonite s'accompagnait également d'une fistule stercorale par le drainage.

- sur les 2 cas d'occlusion post-opératoire ayant nécessité la réintervention dans les suites précoces, on relève :

- une occlusion du grêle vers le 10ème jour. A l'intervention on découvre une bride péritonéale - guérison.

- une occlusion du grêle au 19ème jour, réopérée après un traitement médical inefficace : on trouve un volvulus d'une anse grêle ne nécessitant pas d'entérectomie.

- plus démonstrative est l'étude des 4 fistules stercorales post-opératoires relevées dans nos observations :

- 1 fistule colo-vaginale apparue au 13ème jour et dont la guérison n'a pu être obtenue que par la dérivation des matières par colostomie. Il est intéressant de signaler que cette malade n'avait pas subi d'hystérectomie complémentaire favorisant la survenue d'une telle fistule.

- 1 fistule stercorale par la contre incision de drainage aspiratif, apparue au 5ème jour, ne se tarissant qu'après dérivation des matières par colostomie transverse. La cicatrisation obtenue, l'anus a été fermé sans incident au 3ème mois après l'intervention.

- 2 fistules cutanées pyo-stercorales sur le trajet du drainage spontanément fermées en une semaine, chez des malades dont le transit était satisfaisant.

Nous n'avons donc eu que 4 fistules stercorales sur les 57 survivants à l'intervention : cette proportion (7 %) est plus faible que celle de MAYO (36) qui observe 13,6 % de fistules stercorales sur ses 338 survivants, plus faible aussi que celle de PEYCELON (45) qui en note 11,5 % sur 165 opérés.

Toutefois tous les auteurs cités sont d'accord pour écrire que ces fistules se tarissent spontanément une fois sur deux, ne nécessitant pas de dérivation des matières en amont. C'est également ce que nous avons retrouvé chez nos opérés : 2 fistules stercorales sur 4 se sont tarées spontanément.

- Les autres complications post-opératoires observées seront décrites plus rapidement : on a noté en effet,

- 1 complication pulmonaire : atélectasie ou foyer de la base droite qui a été guérie par un traitement médical approprié,

- 1 complication urétérale : la dissection trop poussée d'un uretère ayant abouti à une nécrose circonscrite et à la fistulisation de ce conduit. L'intervention réparatrice au 41ème jour a guéri cette fistule urinaire,

- enfin une hémorragie rectale abondante apparue le 21ème jour au niveau de l'anastomose, contrôlée par la rectoscopie et qu'aucun argument ne peut faire attribuer à une autre cause qu'un retard de cicatrisation ou la chute d'une petite escarre.

L'étude de la morbidité post-opératoire nous a donc montré l'existence de 17 complications. Cette proportion 29,8 % peut être comparée favorablement avec les résultats publiés récemment :

32, 8% chez les 338 survivants de MAYO (36).

Il faut enfin ajouter pour être objectif que l'on n'a pas compté comme complications vraies les petits troubles du transit et les parésies vésicales très transitoires observées chez certains de nos malades.

La plupart de nos malades ont été contrôlés radiologiquement par un lavement baryté soit avant leur départ de l'hôpital, soit au cours d'un examen systématique vers le 90ème jour après l'intervention. Cet examen ne nous a jamais montré de complications locales, telles que l'existence d'un trajet fistuleux, la dilatation du cul de sac colique au-dessus de l'anastomose, ou même une sténose plus ou moins importante de celle-ci.

4° - CONCLUSION

59 malades atteints de cancer du rectum ou du recto-sigmoïde ont subi une résection par voie abdominale suivie d'anastomose immédiate colorectale. Nous n'avons étudié que les résections à visée curative, sans nous occuper des malades n'ayant subi qu'une simple laparotomie exploratrice ou une colostomie définitive à titre palliatif. Les seules interventions palliatives qui figurent ici sont celles qui ont été faites à 3 malades porteurs de métastases hépatiques. 3 fois seulement l'envahissement cancéreux local a conduit à faire une exérèse élargie aux organes voisins (vessie, grêle, vagin).

Nous n'avons eu à déplorer que 2 morts opératoires et les complications post-opératoires et les complications post-opératoires dans la proportion de 29,8 %.

Il nous semble donc que l'on peut conclure ce chapitre des suites opératoires immédiates en soulignant l'intérêt de pousser les indications de la résection antérieure du rectum.

- à cause de la faible mortalité opératoire

- et du taux assez faible de suites opératoires compliquées.

Il n'est pas possible, par contre, de se faire une idée sur le traitement des cancers recto-sigmoïdiens compliqués d'occlusion ou d'infection aiguë, car un seul de nos malades a subi une colectomie en deux temps pour occlusion. Tous nos malades ou presque étaient donc porteurs de cancers non compliqués, parfaitement justiciables d'une colectomie en un temps, dite idéale, après préparation de leur état général et de leur intestin.

Soulignons enfin, dans cette première conclusion, que notre statistique comporte un fort pourcentage (64,4%) de résections très larges, hémicolectomies gauches vraies dont l'étendue devrait pouvoir faire espérer un pronostic lointain favorable. On verra ce qu'il faut en penser à l'étude des suites éloignées de ces malades.

VII - SUITES ELOIGNEES ET SURVIES

1° - L'ensemble de nos 59 opérés de 1950 à 1961 fait l'objet de cette étude . La plupart d'entre eux a pu être revue au Centre Médico-chirurgical FOCH, mais, comme toujours dans ce genre d'études statistiques, un certain nombre de malades ont été perdus de vue. On écartera de cette étude des suites éloignées nos 2 malades décédés dans les suites immédiates de l'intervention. Toute notre étude sera donc basée sur nos 57 observations de malades ayant survécu à leur colectomie.

2° - On éliminera tout d'abord deux de nos malades qui ont été complètement perdus de vue.

Sur les 55 malades dont l'observation est utilisable pour une étude des suites éloignées, 21 sont actuellement décédés, soit 38,1 %

Sur ces 21 décès dans les suites opératoires éloignées, on relève 4 observations où il est impossible de faire préciser la cause du décès, de sorte que l'on est incapable d'affirmer s'il y a récurrence du cancer ou mort d'une affection intercurrente.

Les 17 autres malades sont morts d'une reprise ou de la continuation du processus cancéreux. On verra dans un chapitre suivant la répartition de ces métastases et récidives, ainsi que leur date d'apparition après l'intervention.

Il nous a paru intéressant cependant d'essayer de montrer d'emblée sur un tableau le délai de survie post-opératoire de ces malades morts de leur cancer du rectum. C'est évidemment dans ce groupe que se trouvent 2 de

nos malades ayant suivi une résection du rectum à titre palliatif pour cancer ayant déjà donné des métastases hépatiques.

date d'intervention	Nbre	6m	I an	I8 m	2 a.	3 a.	4 a.	5 a.	+ de 5 a.
I950	I						I		
I95I	I								I
I952	2			I		I			
I953	0								
I954	0								
I955	I								I
I956	2			2					
I957	2		2						
I958	2		2						
I959	I					I			
I960	3		I		I	I			
I96I	2	I		I					
TOTAL.....	I7	I	5	4	I	3	I		2

On voit sur le tableau que si IO de ces malades meurent avant le I8e mois qui suit l'intervention, les 7 autres ont eu tout de même une survie appréciable de 2 ans au moins et certains même (2) de plus de 5 ans : cette constatation faite également par d'autres auteurs, est certainement une indication à pousser au maximum les indications de l'exérèse, d'autant plus que ces malades qui ont gardé leur transit par les voies naturelles vivent dans un confort relatif à l'abri d'une occlusion brutale. Ceci montre aussi que le délai de 5 ans admis pour la guérison est trop court.

3° - Il reste à étudier le cas des 34 survivants au 3I décembre I962, date à laquelle s'arrête notre étude.

Là nous distinguerons tout d'abord,

- 28 malades revus en parfait état, sans signes de récurrence
- 6 malades revus avec des signes de récurrence locale ou générale.

C'est dans ce dernier groupe que se trouve une résection palliative chez un malade porteur d'une métastase hépatique. Là encore, les malades porteurs de récurrences ou de métastases seront étudiés séparément dans un autre chapitre. Mais il nous a paru intéressant de figurer dans un tableau la liste de nos 28 survivants (sans signes de récurrence) suivant la date à laquelle ils ont été opérés. Ce tableau nous servira pour étudier le pourcentage de survivants 3 ans et 5 ans après l'intervention comme il est d'usage de le faire dans ce genre d'étude.

Il faut enfin signaler que ces survivants sans signes de récurrences ou de métastases n'ont pas toujours vécu sans épisodes pathologiques intercurrents.

Les voici brièvement étudiés :

si 18 de ces malades ont vécu absolument normalement sans aucun épisode pathologique notable,

- 4 ont été hospitalisés pour suppuration pariétale entretenue par des fils mal tolérés,
- 3 ont eu à subir la cure d'une éventration sur la partie oblique de l'incision de Barraya,
- 1 seul malade a eu une sub-occlusion guérie par le traitement médical et n'ayant pas nécessité d'intervention secondaire,
- 2 malades enfin ont été traités pour des incidents vasculaires coronariens ou cérébraux.

SURVIVANTS SANS SIGNES DE RECIDIVE, au 3-12-62.

Date d'intervention	Nbre	I an	I8 m.	2 a.	3 a.	4 a.	5 a.	+ de 5 a.
I950	I							I (I2 ans)
I95I	2							2 (II ans)
I952	2							2 (IO ans)
I953	I							I (9 ans)
I954	2							2 (8 ans)
I955	2							2 (7 ans)
I956	I							I (6 ans)
I957	2						2	
I958	I					I		
I959	6				6			
I960	5	I	2	2				
I96I	3	I	I	I				
TOTAL.....	28	2	3	3	6	I	2	II

4° - LES RECIDIVES ET LES METASTASES.

Il nous a semblé intéressant d'étudier dans un chapitre à part le problème des récidives après résection antérieure du rectum. La survenue de récidives locales est en effet la complication la plus fréquente de ces interventions et a fait l'objet de nombreuses publications françaises et étrangères.

Sur nos 59 opérés, une fois de plus, nous éliminerons de l'étude statistique :

- les 2 décès post-opératoires immédiats
- les 2 malades perdus de vue
- enfin, les 4 décès dans les suites éloignées, mais dont la cause

est restée inconnue.

Il reste donc à faire le bilan de la récurrence du cancer sur un ensemble de 51 malades : sur ce total, on a vu que 28 d'entre eux vivaient en parfait état de santé, sans aucun signe de récurrence ou de métastase. Il reste donc 23 malades dont le cancer a continué d'évoluer après la résection antérieure :

- 17 d'entre eux sont décédés, on l'a vu, entre 6 mois et 6 ans après leur intervention,
- les 6 autres étaient encore vivants au 31 décembre 1962, mais leur récurrence a été diagnostiquée au cours d'un nouvel examen au Centre Médico-chirurgical FOCH ou en clientèle privée.

Pour essayer de classer méthodiquement ces récurrences et métastases et tenter d'en donner une explication : on note, en reprenant les observations :

a) que 3 malades ont eu une résection à titre palliatif, l'exploration de leur abdomen ayant montré des métastases hépatiques. Ils sont morts de généralisation cancéreuse dans des délais variables,

- l'un 12 mois après l'intervention
- l'autre 2 ans et 3 mois après l'intervention
- le 3e était vivant 2 ans après l'intervention.

Cette proportion d'interventions palliatives semble très faible quand on la compare à celle des autres statistiques. Si nous avons 5 % de résection palliatives,

- MAYO (36) présente 39 interventions palliatives sur 250 résections 15,5 %
- PERROTIN (39) présente 4 interventions palliatives sur 31 résections 12,9 %.

Il ne semble pas qu'il y ait eu une sélection particulière de nos malades. Mais nous avons préféré dans de nombreux cas faire des colostomies palliatives de dérivation en amont.

b) On étudiera également rapidement nos 7 malades morts dans les suites éloignées de généralisation du processus cancéreux et de métastases sans qu'aucun élément de récurrence locale ait pu être découvert.

Lorsqu'on fait le bilan de la localisation de ces métastases, on trouve :

- 1 carcinome péritonéale
- 1 métastase cérébrale
- 2 métastases hépatiques (et péritonéales)
- 1 métastase sacrée
- 2 métastases pulmonaires.

Tous ces malades sont morts dans les 2 premières années qui ont suivi l'intervention, sauf les deux derniers, morts de métastases pulmonaires respectivement 4 ans et 5 ans et demi après la résection du rectum.

Ces résultats sont tout à fait comparables aux autres statistiques. Lorsqu'on étudie l'envahissement ganglionnaire chez ces malades, on trouve que :

- chez 4 d'entre eux, les ganglions étaient envahis histologiquement,
- chez les 3 autres, les fragments soumis à l'examen étaient indemnes de toute formation néoplasique, ce qui, comme on l'a vu, ne veut pas dire qu'il n'y avait pas ailleurs de métastases ganglionnaires qui auraient pu échapper au prélèvement.
- Enfin, un seul de ces malades présentait une extension tumorale au dôme de la vessie ayant nécessité une cystectomie partielle complémentaire.
- Tous les autres présentaient un cancer rigoureusement limité au rectum.

c) Les récurrences locales

Le problème posé par les récurrences in situ après résection du rectum cancéreux est très important à cause de leur grande fréquence. Notre statistique ne fait pas exception à cette règle. L'étude des suites éloignées

de nos opérés nous montre en effet 13 récidives locales du processus tumoral soit, sur 51 malades, 25,4 %

1) On éliminera de cette étude approfondie les récidives extra-rectales, en dehors de l'anastomose colo-rectale, qui peuvent être expliquées de façon satisfaisante par une excision insuffisante du tissu néoplasique dans l'atmosphère péri-rectale : 5 malades peuvent être classés dans cette catégorie :

- I malade, revue au bout de 6 mois pour une carcinose pelvienne et pour laquelle on a incriminé une extension lymphatique péri-néoplasique,
- I autre malade revu au bout de 18 mois dans un tableau de carcinose pelvienne,
- I malade enfin vu au bout de 3 ans avec des récidives cancéreuses dans tout le péritoine pelvien,
- I malade a présenté une récidive extra-rectale dans l'espace pré-sacré, au bout de 5 ans ; les prélèvements biopsiques faits par rectoscopie chez ce malade ont été négatifs, prouvant ainsi le caractère extra-rectal de cette récidive,
- enfin une malade au bout d'un an, une récidive anale, nettement sous-jacente à l'anastomose et dont l'excision localisée a amené la guérison 2 ans après. On pourrait admettre pour expliquer une telle récidive qu'un polype sous-jacent à l'anastomose ait dégénéré secondairement. Chez ces 5 malades, une seule fois les ganglions prélevés étaient envahis.

2) Il reste à reprendre les 8 observations de récidives sur l'anastomose.

- Il faut tout d'abord essayer de comparer la fréquence de ces récidives sur l'anastomose avec les résultats publiés dans les autres statistiques :

Nous avons eu 8 récidives in situ sur 59 résections du rectum, soit une proportion de 13,5 %.

WHEELLOCK et TOLL présentent 10 récidives sur 90 résections, soit 11 % (62)

COLE (10) présente 6 récidives in situ sur 55 résections, soit 10,9 %

GRIMAUD et LAPEYRE (24) ont eu 6 récidives locales sur 43 résections soit 13,9 %

PERROTIN (56) a eu 3 récidives locales sur 31 résections, soit 9,6 %.

La plupart des publications sont donc d'accord pour compter un pourcentage de récidives de 6 à 15 % quelle que soit la technique d'exérèse du cancer par voie abdominale pure. Certains travaux font même état de 25 % (JUDD) et 27 % (GARLOCK) de récidives.

En étudiant la technique opératoire utilisée chez ces 8 malades, on notera tout de suite que :

- 7 d'entre eux ont subi une hémicolectomie gauche avec ligature à l'origine des vaisseaux mésentériques inférieurs, suivie d'anastomose transverso-rectale. La résection colique a donc toujours été très large vers le haut. Il est à noter cependant que dans tous nos cas, la ligature des vaisseaux mésentériques n'a été faite qu'après un début de décollement et de mobilisation de la tumeur.

- 1 seul malade a subi une résection segmentaire classique sans abaissement de l'angle gauche, avec ligature du tronc des sigmoïdes et de l'artère hémorroïdale supérieure.

Il semble donc que l'on ne peut en aucun cas incriminer l'étendue de la résection colique vers le haut dans la survenue de ces récidives locales. C'est d'ailleurs l'avis unanime des auteurs français et étrangers. On n'a jamais vu de récidives néoplasiques après opération de Hartmann sur le bout proximal du colon amené en colostomie.

Si on étudie maintenant l'envahissement ganglionnaire chez ces malades, on relève que :

- chez 6 d'entre eux les ganglions prélevés pour examen histologique n'étaient pas envahis. On a vu que ce n'était pas un argument de valeur absolue, des ganglions non visibles macroscopiquement pouvant être le siège d'un envahissement néoplasique.

- chez 2 malades seulement les ganglions étaient envahis :

- l'un au niveau de l'arcade paracolique,
- l'autre avait ses groupes hémorroïdaux et mésentériques inférieurs envahis.

Si ces métastases ganglionnaires peuvent expliquer la récurrence du cancer à distance, il ne semble pas qu'elles puissent donner une explication satisfaisante de la fréquence des récurrences in situ sur l'anastomose.

LOFGREN (32) et Coll. arrivent aux mêmes conclusions après étude de 108 récurrences de cancers du rectum traités par résection antérieure : 48 % de leurs malades n'avaient pas leurs ganglions envahis au cours du premier temps opératoire.

Pour 3 récurrences seulement, on peut avoir une explication de la récurrence :

- l'un avait un envahissement antérieur de la paroi postérieure du vagin et du Douglas dont l'excision a peut-être été trop économique bien que la résection colique ait comporté 5 à 6 cms de muqueuse saine au-dessous du pôle inférieur de la tumeur,

- le deuxième, dont les ganglions paracoliques étaient envahis, présentait un envahissement de la muqueuse sur la recoupe du bout inférieur bien qu'on ait réséqué environ 5 cms de paroi rectale au-dessous du cancer,

- le troisième était porteur d'un polype villositaire dégénéré, au tout début de sa transformation. La résection colique vers le bas a été certainement trop économique, puisque la tranche de section passait au ras du bord inférieur du cancer.

Pour les 5 autres récurrences, aucune cause locale n'est satisfaisante pour expliquer leur survenue : dans tous ces cas, la recoupe du bout inférieur rectal a été faite de 5 à 10 cms au-dessous du pôle inférieur de la tumeur et dans aucun de ces cas, l'examen histologique de la tranche de section n'a montré de plages d'envahissement cancéreux. Pour ces malades on ne peut retenir l'hypothèse du développement post-opératoire d'une nouvelle tumeur. On est obligé de recourir à l'hypothèse, admise par la plu-

part des auteurs anglo-saxons, de la greffe sur l'anastomose de cellules tumorales desquamées pendant les manipulations opératoires de la tumeur. Selon eux, la tranche anastomotique serait un milieu idéal pour cette greffe cellulaire. COLE (1954) en faisant des frottis en aval de la tumeur a trouvé des cellules néoplasiques dans 65 % des cas, jusqu'à 21 cm au-dessous de la tumeur. Cette hypothèse est tellement séduisante que beaucoup d'auteurs américains proposent de faire la résection antérieure après avoir clampé le colon en amont et en aval du cancer (WHEELLOCK - 62). D'autres proposent de lier le colon en amont et en aval (SWINTON). D'autres injectent dans le colon lié en amont et en aval, et après ligature des vaisseaux mésentériques, de la moutarde à l'azote (ROUSSELOT et COLE - 49). Tous ces auteurs ne donnent pas de statistiques éloignées après ces innovations techniques car le recul manque encore pour en apprécier l'efficacité.

Certains auteurs, enfin, proposent l'amputation abdomino-périnéale pour toutes les tumeurs du rectum, quel que soit leur siège, car ils ont remarqué que les récidives sont infiniment moins fréquentes après cette intervention. Cette attitude extrême est adoptée notamment par WELCH et BURKE (61).

Pour DEDDISH (1961) la pathogénie de ces récidives est toute différente. La fréquence des récidives sur l'anastomose est identique à celle des récidives pelviennes après amputation abdomino-périnéale. DEDDISH estime que les récidives sur l'anastomose se font de dehors en dedans. Dans sa statistique, sur 159 cas, 8 récidives sur l'anastomose (5 %). Elles seraient plus fréquentes, il est vrai sur les cancers haut situés (11 %). C'est le seul avis discordant que nous ayons trouvé dans la littérature récente.

Date de survenue :

6 de ces récidives, soit 75 % d'entre elles sont apparues entre 5 et 18 mois après l'intervention :

- 1,5 mois après l'intervention,
- 1,6 mois après l'intervention,
- 2,7 mois après l'intervention,

- 1,10 mois après l'intervention,
- 1,18 mois après l'intervention,
- 1,2 ans et demi après l'intervention,
- 1,6 ans après l'intervention.

La survenue tardive de cette dernière récurrence pourrait à la rigueur faire admettre dans son étiologie le développement secondaire d'un nouveau cancer.

Le pronostic :

Le pronostic de ces récurrences locales a été dans l'ensemble très mauvais :

- 3 malades étaient déjà porteurs de métastases hépatiques et pulmonaires quand leur récurrence a été diagnostiquée et sont morts dans les 3 à 6 mois suivants sans qu'aucune thérapeutique n'ait pu être tentée.

- 1 malade n'avait pas encore été réopéré au 31 décembre 62.

Les 4 autres malades ont été réopérés et ont subi une amputation abdomino-périnéale excisant largement tous les tissus péri-tumoraux :

- 1 malade meurt d'hémorragies profuses dans les suites opératoires, malgré plusieurs tentatives d'hémostases. Dans ce cas particulier, la récurrence avait envahi le sacrum en arrière et on avait été obligé de ruginer cet os pour passer le plus au large possible de la tumeur,

- 1 autre malade meurt 4 mois après ce deuxième temps opératoire de métastases pulmonaires,

- 1 autre malade fait une nouvelle récurrence périnéale 1 an après ce deuxième temps opératoire et meurt un mois après cette 2ème excision,

- le dernier malade a subi l'amputation abdomino-périnéale pour récurrence en novembre 1961. Elle n'a pas été revue dans le Service depuis sa sortie.

Ce pronostic très sombre des réinterventions pour cancer du rectum récidivé sur l'anastomose est retrouvé par tous les auteurs :

- LOFGREN (32), déjà cité, fait état de 56 laparotomies secondaires ; l'excision des lésions n'a été possible que 36 fois ; il n'a obtenu que 23 survies, dont 3 seulement dépassent 3 ans,

- 2 malades de WHEELLOCK (62) sur 10 ont survécu à leur 2ème intervention et il ne donne pas les délais de survie de ces malades.

5° - ETUDE DE LA SURVIE

Il est classique, à la fin d'une telle étude, de reprendre les observations pour noter le pourcentage de survies de 3 ans et de 5 ans après l'intervention.

Ce calcul statistique ne portera que sur les malades ayant survécu à l'intervention, ce qui nous fait éliminer d'emblée les 2 décès post-opératoires immédiats. On écartera également les 3 résections antérieures faites à titre palliatif devant les métastases hépatiques évidentes.

Sur les 54 malades restant pour cette étude, on a :

- 39 opérés de plus de 3 ans et sur ces 39 opérés, on a 29 survies, soit 74,3 %

- 28 opérés de plus de 5 ans et sur ces 28 opérés, on a 17 survivants, soit 60,7 %.

On notera tout de suite, que sur les 39 survivants de plus de 3 ans, 3 sont morts rapidement après 3 ans, de récurrence ou de métastase, dans les 6 mois suivants. De même sur les 17 survivants de plus de 5 ans, 3 sont morts de récurrence ou de métastases dans les 6 mois suivants.

Si on compare ces résultats avec les survies de 5 ans publiés récemment par les auteurs français et étrangers, on trouve :

- WHEELLOCK et TOLL (62) en 1959 ont 46 survivants sur leurs 90 opérés de plus de 5 ans, soit 51,1 %,

- SWINTON et MOSZKOWSKI (54) en 1959 ont 36 survies de 5 ans sur 63 résections antérieures, soit 57,1 %,

- MAYO en 1958 (36) obtient 60,1 % de survie de 5 ans sur 507 résections antérieures dont 476 suivis et revus,

- F. d'ALLAINES (3) en 1957 fait le bilan de 26 résections antérieures et publie 77 % de survies (il s'agit de malades sélectionnés.)

- MAYO en 1960 (37) publie une nouvelle statistique de 250 résections antérieures de plus de 5 ans avec 117 survies sur 230 malades suivis, soit 61,3 %.

- PEYCELON et REPLUMAZ (45) n'ont eu que 37,5 % de survies de 5 ans mais comptent dans leur statistique les interventions palliatives.

- GILBERTSEN en 1960 (19) publie 55 % de survie après 61 résections antérieures du rectum.

On voit donc que la plupart des auteurs donnent des pourcentages de survie assez voisins (de 50 à 62 %) après 5 ans si on fait le calcul sans tenir compte des interventions palliatives.

A côté de ce résultat global, il est intéressant d'étudier la survie de plus de 5 ans de nos 17 malades selon l'état d'envahissement ganglionnaire.

- sur nos 28 opérés de plus de 5 ans, 5 seulement avaient leurs ganglions envahis : du moins les fragments de la pièce donnés à l'examen histologique.

- sur ces 5 malades, 1 seul a survécu plus de 5 ans, soit 25 % de survie chez les malades dont les ganglions étaient envahis à l'examen histologique.

- sur les 23 malades dont les ganglions n'étaient pas envahis à l'examen histologique, 16 ont survécu plus de 5 ans, soit 72,7 %.

Malgré les réserves déjà faites sur ces études histologiques, ces chiffres concordent parfaitement bien avec les résultats obtenus par les autres auteurs :

GILBERTSEN (19) obtient sur 50 résections : 71 % de survie si les ganglions ne sont pas envahis, 29 % de survie si les ganglions sont envahis,

MAYO (36) obtient sur 230 résections : 74,4 % de survie si les ganglions sont indemnes, 36,4 % si les ganglions sont envahis,

MAYO dans une autre statistique (37) obtient 73,1 % de survie si les ganglions sont sains, 46,3 % de survie si les ganglions sont envahis,

HALLENBECK (26) obtient 64,5 % de survie si les ganglions sont sains, 37,5 % de survie s'ils sont envahis,

WHEELOCK et TOLL obtiennent sur 90 malades (62) 53,3 % de survie si les ganglions sont sains, 46,6 % de survie si les ganglions sont envahis.

Cette notion du meilleur pronostic des cancers opérés avant l'envahissement ganglionnaire est trop connue pour qu'on insiste plus sur cet aspect de la question.

Il nous a semblé intéressant par contre, d'étudier ces survies de 5 ans en fonction de l'étendue de la colectomie pratiquée :

Dans tous les cas de survie, l'exérèse a dépassé la tumeur de 5 à 10 cms vers le bas et notre étude ne fait que confirmer la notion classique qu'il faut réséquer suffisamment de muqueuse saine au-dessous du pôle inférieur de la tumeur. L'artifice de l'anastomose sur clamp de Résano permettant une recoupe du bout rectal, donne une sécurité supplémentaire.

L'étude de l'étendue de l'exérèse vers le haut montre que sur les 28 opérés depuis plus de 5 ans :

- 10 ont subi la recto-sigmoïdectomie segmentaire classique avec ligature du tronc des sigmoïdes, sans abaissement de l'angle gauche. Sur ces 10 opérés, 8 ont survécu plus de 5 ans, soit 80 %.

- 18 ont subi l'hémi-colectomie gauche telle qu'elle est faite dans le service, avec ligature des vaisseaux mésentériques à l'origine, après début de mobilisation du colon et de la tumeur. Sur ces 18 opérés 9 seulement ont survécu plus de 5 ans, soit 50 %.

Il ne s'agit là peut-être que d'une coïncidence, mais il semble bien que l'hémi-colectomie gauche n'apporte pas, bien au contraire, d'amélioration des résultats éloignés de la résection antérieure. On a déjà vu plus haut que cette résection étendue ne diminuait pas le pourcentage des récidives locales et à distance. Cette notion n'est pas retrouvée dans les nombreuses publications récentes que nous avons consultées. Beaucoup d'auteurs insistent sur la nécessité de faire la ligature première des vaisseaux mésentériques inférieurs avant toute manipulation du colon tumoral (SWINTON, BERTRAND et FRANCILLON). AULT (4) va même jusqu'à proposer de faire systématiquement un curage ganglionnaire rétro-péritonéal sans donner toutefois les résultats éloignés obtenus chez ses 115 opérés.

Il resterait à faire l'étude de la survie éloignée selon la technique opératoire utilisée. Sans vouloir reprendre ici les discussions nombreuses sur l'opportunité de la résection antérieure par voie abdominale ou de l'amputation abdomino-périnéale, il serait intéressant de pouvoir comparer une série de malades traités par l'une ou l'autre de ces méthodes. En fait, les indications de résection antérieures ont été poussées au maximum chez nos malades, réservant l'amputation abdomino-périnéale aux tumeurs vraiment bas situées, où l'anastomose aurait été impossible. Nous pensons dès lors qu'il est illusoire de vouloir comparer les résultats obtenus chez ces malades avec nos 59 résections antérieures, car on sait que les cancers bas situés ont une extension locale et ganglionnaire bien différente des cancers du haut rectum et du recto-sigmoïde. Quant aux cas intermédiaires, tumeurs situées entre 6 et 8 cms de la marge de l'anus, elles ont été traitées soit par résection, soit par amputation, sans utiliser les procédés d'intubation colique trans-anale préconisés par TOUPET, BABCOCK ou BACON.

6° - LES RESULTATS FONCTIONNELS

Il reste à étudier plus rapidement les résultats fonctionnels de cette série d'interventions : ils ont été dans l'ensemble excellents, 3 malades seulement se plaignant de constipation opiniâtre depuis leur intervention, sont obligés de recourir aux laxatifs quotidiens. Tous nos malades, on l'a vu, ont eu un contrôle radiologique après lavement baryté pour vérifier le passage au niveau de l'anastomose. Cette qualité des résultats fonctionnels est certainement un des arguments majeurs pour pousser au maximum les indications de la résection antérieure du rectum.

7° - CONCLUSION

Pour conclure cette étude des résultats éloignés et des survies chez nos 59 opérés de 1950 à 1961, on reprendra rapidement nos résultats :

- 28 étaient vivants sans signes de récidives au 31.XII.62
- 23 ont eu à plus ou moins longue échéance une reprise locale ou à distance de l'évolution de leur tumeur.

Nous avons eu 13 récidives locales après exérèse de la tumeur :

- 8 récidives in situ, sur l'anastomose,
- 5 récidives extra-rectales.

Nous avons vu que l'extraordinaire fréquence de ces récidives n'était pas explicable, la plupart du temps, par une excision trop économique du cancer et qu'on était obligé d'envisager l'hypothèse des greffes de cellules néoplasiques sur l'anastomose.

Sur 28 opérés de plus de 5 ans, nous avons eu 17 survies de plus de 5 ans, soit 60,7 %. Ce chiffre est un des plus favorables publiés à l'heure actuelle, mais on a vu que la colectomie très étendue, type hémicolectomie gauche, n'améliorait pas le pourcentage des survies éloignées de ces malades. On a vu également que ces exérèses très larges ne diminuaient pas le pourcentage des récidives in situ. C'est peut-être cette constatation qui a amené certains auteurs à prendre des positions extrêmes :

- WELCH (61), en effet, préconise l'amputation abdomino-périnéale systématique chez tous les malades porteurs de cancers du rectum même au-dessus du Douglas, afin de diminuer au maximum la fréquence des récidives : il obtient ainsi 66 % de survies de 5 ans.

- MAC SWAIN (33) a une attitude analogue.

- FERGUSON prône au contraire la résection segmentaire classique en s'appuyant sur des chiffres de survies de 5 ans de l'ordre de 80 % pour le rectum. Il est vrai qu'il ne présente que 10 cas.

Il semble que ce soit là des attitudes trop absolues et qu'il faut tenir compte aussi du confort de ces malades qui peuvent avoir de bonnes chances de survie sans troubles fonctionnels après résection antérieure du rectum. Il semble donc que l'hémicolectomie gauche soit une solution logique entre tous ces extrêmes. Elle est d'ailleurs prônée par ROSI, CAHILL et CAREY malgré un faible gain de pourcentage de survies :

- 58 % avec hémicolectomie gauche,
- 47 % avec colectomie segmentaire.

CONCLUSIONS

A la fin de cette étude de 59 cas de cancer du haut rectum et du recto-sigmoïde, traités par résection antérieure, il faut tenter de dégager quelques indications thérapeutiques.

Il ne s'agit pas de malades sélectionnés tant au Centre Médico-chirurgical FOCH qu'en clientèle privée. On a vu pourquoi nous n'avons pratiquement pas vu de cancers compliqués, en occlusion ou infectés, obligeant à multiplier les temps opératoires. Nous avons présenté une statistique de colectomies idéales, le problème de la dérivation préalable ou contemporaine des matières ne se posant pas chez la plupart de nos malades.

Les indications de résection antérieure ont été posées suivant le siège de la tumeur : ce sont des indications très classiques puisque chez 90,5% de nos malades, le cancer siégeait entre 9 et 16 cms de la marge de l'anus, à la rectoscopie. Dans les autres cas, il s'agissait de tumeurs plus basses, entre 6 et 8 cms que la plupart des auteurs anglo-saxons traitent volontiers par les procédés d'intubation colotrans-anale (Pull-through type BABCOCK ou BACON). Nous avons vu que les tumeurs opérées avaient déjà donné des métastases ganglionnaires dans 16,3 % des cas mais que des réserves devaient être faites pour expliquer un chiffre aussi faible. De même, nous n'avons fait que 3 résections palliatives devant des métastases hépatiques évidentes à la laparotomie. Ce qui est une proportion très faible quand on la compare avec les chiffres publiés par les autres auteurs.

L'aspect le plus original de cette étude est que sur 59 opérés

- 38 ont eu une hémicolectomie gauche vraie
- 21 seulement ont eu une résection segmentaire classique et que ces

résections très étendues en hauteur n'ont pas amélioré les résultats éloignés de la résection du rectum. L'étendue de l'exérèse vers le bas, au contraire, a été faite fort classiquement à 5 cm au minimum au dessous de la tumeur, sauf chez 5 malades chez qui l'exérèse a été plus économique. Nous n'avons pas pu faire une étude spéciale des interventions élargies aux organes adjacents ne disposent que de trois observations où l'élargissement de l'intervention a été nécessaire.

Avec nos deux morts opératoires et nos 17 complications pos-opératoires non mortelles (29,8 % des cas) nous présentons une statistique très favorable, plaidant en faveur de ce type d'intervention : la grande majorité de nos malades n'ayant été hospitalisés en moyenne que 20 jours. L'étude détaillée des résultats éloignés de ces résections nous a montré l'extraordinaire fréquence des récidives locales de ces cancers, non modifiée par une exérèse plus étendue vers le haut, malgré ces 13,5 % de récidives in situ, nous pouvons faire état de 60,7 % de survies de plus de 5 ans chez 27 malades suivis régulièrement. Les chiffres sont tout à fait comparables aux résultats publiés par la majorité des auteurs français et étrangers.

Les conclusions thérapeutiques à tirer ne peuvent pas être formelles.

Si la résection antérieure telle que nous l'avons pratiquée présente les avantages de conservation de la fonction sphinctérienne dans sa totalité, tout en donnant plus de 60 % de chances de survie de 5 ans, dans les cancers du haut rectum, elle comporte un risque important de récidives locales. On a vu que la plupart de ces récidives pouvaient difficilement être expliquées par une ablation trop économique des tissus envahis et qu'on était obligé d'admettre la possibilité de greffes de cellules cancéreuses sur l'anastomose. Les techniques d'exclusion du segment colique en amont et en aval de la tumeur par ligature ou par clamps, avec ou sans injection locale de produits anti-mitotiques apporteront peut-être un moyen de diminuer de façon appréciable le pourcentage de ces récidives. On manque encore de recul pour apprécier le résultat de ces techniques. La radiothérapie pré ou post-opératoire ne semble pas modifier les résultats de ces résections antérieures du rectum. Il ne semble pas qu'on doive, comme certains, pousser au maximum les indications de la résection antérieure, allant jusqu'à faire une anastomose colo-anale, au ras du plancher pelvien : ces sutures techniquement difficiles, après une excision de rectum sain insuffisante,

au-dessous de la tumeur, sont un facteur de récurrence. Les techniques d'intubation colo-trans-anales type BABCOCK ou mieux BACON sont peut-être à préconiser dans ces cancers à la limite de la résection antérieure.

On a vu qu'il était impossible de comparer les résultats de la résection antérieure et de l'amputation abdomino-périnéale car ces méthodes s'adressent à des variétés différentes de cancers dont l'extension lymphatique ne se fait pas par les mêmes voies. Les quelques études faites sur des cas comparables traités par l'une ou l'autre des deux méthodes montrent un pourcentage à peu près équivalent de survies éloignées lorsque le cancer est encore localisé, sans extension péri-rectale ou ganglionnaire importante. L'amputation abdomino-périnéale donnerait de meilleures chances de survie aux cancers déjà étendus dans l'atmosphère péri-rectale.

Il semble donc que si l'on peut proposer l'amputation abdomino-périnéale aux cancers étendus localement, même s'ils sont haut situés il serait exagéré de la préconiser à titre systématique, comme l'ont fait certains auteurs.

Quant à étendre vers le haut la résection en proposant systématiquement l'hémi-colectomie gauche il semble que cette attitude doive être nuancée après l'étude de cette statistique.

Si la ligature première des vaisseaux mésentériques inférieurs avant toute mobilisation du colon est certainement un geste efficace pour prévenir les métastases à distance, l'hémi-colectomie gauche ne semble pas apporter de garantie supplémentaire dans la prévention des récurrences locales. Elle ne semble pas non plus donner, bien au contraire, un plus fort pourcentage de survies de 5 ans ; or il ne semble pas, lorsqu'on reprend nos observations, que cette intervention ait été réservée aux cancers volumineux, bas situés, extensifs, donc de mauvais pronostic. Il serait logique, à notre avis, de proposer l'hémi-colectomie gauche aux cancers ayant déjà donné des métastases ganglionnaires le long de la mésentérique inférieure et à tous les cancers extensifs cités plus haut.

Dans les autres cas de cancers encore localisés, la résection segmentaire classique donne autant de bons résultats à distance tout en ayant l'avantage d'éviter un temps opératoire assez long de décollement de l'angle gauche, surtout chez certains sujets obèses. Il semble à l'heure actuelle, que tous les espoirs d'améliorer encore les suites éloignées de ces résections doivent

être mis dans les techniques d'isolement du colon cancéreux, pour éviter la desquamation des cellules néoplasiques et leur implantation sur l'anastomose ou dans les tissus péri-rectaux. On manque encore de recul pour en faire un bilan statistique.

oOo

Vu, le Président de Thèse :

Professeur F. POILLEUX

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur G. CORDIER

Vu, et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris :

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE ET OUVRAGE CONSULTÉS

1 - ABOULKER P. -

Presse Médicale 1959 - T. 67 - n° 14 - p. 540. Les troubles de la miction après traitement chirurgical du cancer du rectum.

2 - d'ALLAINES, de VERNEJOL. -

Rapport au Congrès de l'Association Française de Chirurgie - 1946.

3 - d'ALLAINES F. -

Semaine des Hôpitaux de Paris 1957 - T. 33 - p. 7 25 années d'expérience de la chirurgie du cancer du rectum.

4 - AULT. -

Surgery Gynecology and Obstetrics 1958 - T. 106 - p. 466-477. A technic for cancer isolation and extended dissection for cancer of the distal colon and rectum.

5 - BERTRANDP., FRANCILLON J., SAUBIER E., GILBERTAS. -

Annales de Chirurgie 1957 - p. 899-906 - La résection par voie abdominale des cancers recto-sigmoïdiens.

6 - BAUER. -

Ospedali d'Italia Chir. 1960 - 2 - p. 755-763 - Terapia chirurgica radicale del carcinoma del retto.

7 - BLIXENKRONE., MALLER. -

Danish medical bulletin - 1958 - T. 5 - p. 268-272. Incidence and prognosis of cancer of the rectum.

8 - BLOCK and ENGQUIST. -

Surgery Gynecology and Obstetrics 1961 - T. 112 - Etude de l'extension lymphatique locale dans le cancer du rectum de la femme.

9 - CATTAN et CARDINAL. -

Gazette médicale de France 1960 - T. 67 - p. 17. Naevus-carcinome ano-rectal un cas.

10 - COLE W.H. -

Archives of surgery 1952 - T. 65 - p. 264 - Recurrence in carcinoma of the colon and proximal rectum following resection for carcinoma.

11 - CORNES., THOMPSON. -

British J. of Surgery 1960 - T. 48 - p. 207. Secondary carcinomas presenting as ulcerating mucosae of the rectum with report of 2 ovarian cases.

12 - DARGENT., PAPILLON. -

Lyon Chirurgical 1959 - T. 55 - p. 4. Radiothérapie dans le cancer du rectum.

13 - DEMOLE., RUDLER., LENOIR. -

Gastro-enterologia 1959 - T. 92 - p. 4-6. Radiothérapie de contact dans le cancer du rectum.

14 - DENANN et FALCONER. -

J. Chir. Path. 12, 2, 1959 - Malignant leucoplasia of the rectum.

15 - DEMIN. -

Khirurgia - T. 36 - p. 49 - 1960. Du niveau de résection intestinale dans le cancer du gros intestin et du rectum.

16 - FAHL et JUDD. -

S.G.O.t. 111 - 6 - Déc. 1960 - p. 759-766. Squirrhous du colon et du rectum.

17 - GANEM. -

Arch. of Surgery - T. 75 - 85-89 - 1957. Rectal carcinoma invading the prostate gland.

18 - GEROTA. -

Lyon chirurgical - T. 56 - 1960. Résultats fonctionnels de la résection abdomino-périnéale du rectum.

19 - GILBERTSEN V.A. -

Archives of Surgery 1960 - T. 80 - 1 - p. 135. Adenocarcinoma of the rectum. A 15 year study with evaluation of the results of curative therapy.

20 - GILBERTSEN V.A. -

Annals of Surgery 1960 - 151- 3 - p. 340-348. Adenocarcinoma of the rectum - Incidence and locations of recurrent tumor following present-day operations performed for cure.

III

21 - GILBERTSEN and WANGESTEEN. -

S.G.O. - T. 114 - 4 - avril 1962. A summary of experience with the 2d. look program.

22 - GILBERTSEN V.A. -

S.G.O. - 114 - 3 - Mars 1962 - p. 313. The results of the surgical treatment of cancer of the rectum.

23 - GREGG., BRUCE., CHAMBERLAIN. -

J.A.M.A. - 170 - 1959 - p. 143. Carcinoma of colon and rectum.

24 - GRIMOUD J., LAMEYRE J., BRUGUIER R. -

Semaine Hôp. Paris - Annales de Chirurgie - 11 - 1957 - p. 185 - Tendances actuelles de la chirurgie du cancer du rectum.

25 - GUILLEMIN. -

Annales de Chirurgie - 11 - 919-925 - 1957. La technique et les indications restantes de l'opération de HARTMANN dans les cancers du bas sigmoïde et du haut rectum.

26 - HALLENBECK G.A. -

Gastro enterology 34 - 2 - p. 313-319-1958. Sphincter-saving operations for carcinoma of the distal 20 cm of rectum and colon.

27 - HUGHES. -

Med. J. Australia - 47 - 81-84 - 1960 - Treatment of carcinoma of the rectum.

28 - IMPERATI. -

Arch. Ital. Chir. 83 - 453-470 - 1958 - Indications de la section de l'artère mésentérique inférieure et de la ligature des artères hypogastriques dans la chirurgie radicale des tumeurs recto-sigmoïdiennes.

29 - JOHNSON. -

Arch. of Surgery - 71 - 365-372 - 1959. Malignant néoplasms of the colon and rectum in young persons.

30 - LAZAR. -

Act. Méd. Hungar. 11 - 45-62 - 1957. principes directeurs en chirurgie pour cancer du colon et du rectum.

31 - LEADBETTER et LEADBETTER. -

S.G.O. - 107 - 333-338 - 1958 - A new approach to the problem of minary retention following abdomino-périnéal resection for carcinoma of the rectum.

32 - LOFGREN E. et Coll. -

Archives of Surgery - 74 - VI - p. 825 - 1957 - Local recurrence of carcinoma after anterior resection of the rectum and sigmoid.

33 - MAC SWAIN B., SADLER R., BEACHLEY M. -

Annales surg. - 153 - 5 - 1962 - Carcinoma of the colon - rectum and anus.

34 - MANDACHE. -

Presse Médicale - 67 - 1513 - 1584 - Les sutures intestinales dans la chirurgie rectale - Anastomose colo-anale sans suture.

35 - MANDACHE. -

Khirourghia - 36 - 49 - 1960 - Traitement chirurgical du cancer du rectum.

36 - MAYO C. -

S.G.O. - 106 - 695 - 1958 - 5 - year survival after anterior resection for carcinoma of the rectum and rectosigmoid.

37 - MAYO C., CULLEN K. -

S.G.O. - 111 - 82 - 1960 - An evaluation of the one stage - Low anterior resection for carcinoma of the rectum.

38 - MAYO C., MADISON J., DAVIS R. -

S.G.O. - 92 - 3 - 360 - A comparative study of operations for carcinoma of the rectum and rectosigmoid.

39 - GOLIGHER J.C., DUKES C.E., BUSSEY R.,

Bristish J. of Surg. - 39 p. 199 - 1951 - Local recurrences after sphincter-saving excisions for carcinoma of the rectum and rectosigmoid.

40 - MUZEAU (Jean). -

Thèse Paris 1960 - 433 - Sécurité de l'anastomose rectocolique sur drain après résection pour cancer.

41 - MORDEN., BLACK., BOTMANN. -

Arch. Surg. - 70 - 688-696 - 1958 - Combined abdomino-perineal resection lesions of the mid and upper part of the rectum.

42 - MORGAN. -

Postgrad. Med. - 26 - 135 - 1959 - Comparative results and treatment of cancer of the rectum.

43 - MOUCHET A. -

Mem. Ac. Chir. - 8-XII-54 - p. 920 - A propos des hémicolectomies gauches pour cancer - discussion.

- 44 - MOUCHET A. -
Revue du Praticien 1958 - Cancer du rectum.
- 45 - PEYCELON, REPLUMAZ, JEGSER. -
Lyon Chir. - Juillet 1962 - A propos de la recto-sigmoïdectomie pour cancer - 155 cas.
- 46 - POSTLEWAIT. -
S.G.O. - 106 - 257-270 - 1958 - Carcinoma of the colon and rectum.
- 47 - REMINGTON. -
Amer. Journ. Gastro-enterology (35 - 3 - 1961 - Les interventions palliatives dans le cancer du colon et du rectum.
- 48 - RICHARDS, BEALER, WOOLNER. -
(Rochester) - S.G.O. - 114 - 4 - Avril 1962 - Squamous cell carcinoma of the anus, canal and rectum - with 109 patients.
- 49 - ROUSSELOT et COLE. -
S.G.O. - 114 - Avril 1962 - p. 409 - Intraluminal injection of nitrogen mustard as adjuvant chemotherapy of cancer of the colon and rectum.
- 50 - SALEM et POSTLEWAIT. -
Annales of Surgery 1960 - 151 - 3 - Malignance of cancer of the colon and rectum on patients under 20 years.
- 51 - SENEQUE, ROUX, BERNIER. -
Journal de chirurgie - 66 - 625 - 1950. Technique de la résection recto-sigmoïdienne par voie purement abdominale avec rétablissement immédiat de la continuité.
- 52 - SONNELANDJ. -
Arch. of Surgery - 81 - 112 - 1960 - Recurrence in abdominal incision of adenocarcinoma from rectum.
- 53 - SWINTON, DAVIDSON. -
Surg. Clin. of N. Am. - 40 - 3 - 1960 - Intrapelvic restorative resection anterior resection-
- 54 - SWINTON, MOSZKOWSKI, SNOW. -
Surg. Clin. of N. Am. - 39 - 6 - 1959 - Cancer of colon and rectum - A statistical study of 608 patients.
- 55 - TAYLOR. -
Surgery - 52 - 2 - 305-307 - 1962 - Cancer of colon and rectum - A study of metastases and death.

- 56 - PERROTIN J., DUBOIS F., DUPOUX P. -

Mem. Acad. Chir. - 87 - 645 - 1961 - La résection abdominale dite antérieure pour cancer du rectum et jonction recto-sigmoïdienne.

- 57 - WANGH J., BLOCK M., GAGE R. -

Ann. of Surgery - 142 - 752 - 1955 - 3 and 5 years survival following combined abdomino-perineal resection, abdomino-perineal resection with sphincter-preservation for carcinoma of the rectum and lower part of the recto-sigmoïd colon.

- 58 - WANGH J., TURNER J. -

S.G.O. - 107 - 777 - 1958 - A study of 268 patients with cancer of the mid rectum treated by abdomino-perineal resection with sphincter preservation.

- 59 - WARREN. -

British J. of surg. - 85 - 61 - 67 - 1957 - Carcinoma of the rectum and frequency.

- 60 - WELCH C., BURKE J.F. -

Bul. Soc. Intern. Chir. - 19 - 559 - 571 - 1960 - Changing concepts of the treatment of carcinoma of the colon and rectum.

- 61 - WELCH C., BURKE J.F. -

The N. Eng. J. of Med. - 266 - 5 février 1962 Carcinoma of the colon and rectum.

- 62 - WHEELOCK., TOLL., MAC KITTRICK. -

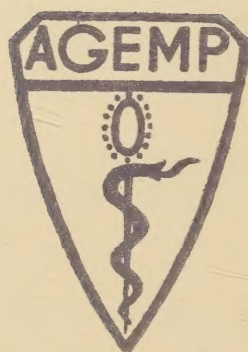
N. Eng. J. of Med. - 260 - 526-830 - 1959 - An evaluation of the anterior resection of the rectum and low sigmoïd.

- 63 - WILLIAMS. -

Brit. J. of Surg. - 44 - 506-508 - 1957 - The treatment of recurrent carcinoma of the rectum by high voltage X ray.

- 64 - WITTOESH and JACKMAN. -

S.G.O. 107 - 648-650 - 1958 - Results of conservation management of cancer of the rectum in poor-risk patients.



**AGEMP
POLYCOPIE**

8, rue Dante
PARIS - V •

Téléphone : ODÉon 58-90